

## Monográfico de pared abdominal en Cirugía Mayor Ambulatoria

# Tratamiento de la hernia inguinal bilateral: cómo hemos cambiado.

*Treatment of bilateral inguinal hernia: how we have changed.*

Roldán Aviña JP, Jurado Jiménez R, Pérez de la Fuente MJ, del Álamo Juzgado C, Gallardo García PA, Briceño Agüero V, Muñoz Bayo I, Gómez Bujedo L.

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria Hospital el Tomillar. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

**Palabras Clave:** hernia inguinal, cirugía mayor ambulatoria, laparoscopia, hernia bilateral. cirugía mínimamente invasiva.

**Keywords:** inguinal hernia, major ambulatory surgery, laparoscopy, bilateral inguinal hernia, minimally invasive surgery.

## INTRODUCCIÓN

En el año 1997 presentamos en el tercer Congreso Nacional de la ASECCA los resultados del tratamiento de las hernias inguinales en nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, donde describíamos la plausibilidad del abordaje quirúrgico de la hernia inguinal bilateral en régimen ambulatorio<sup>1</sup>. Por aquel entonces otras UCMA ya habían empezado a desarrollar experiencias similares en sus centros con resultados que animaban a continuar en ese camino.

Hasta entonces, tradicionalmente, el tratamiento de la hernia inguinal bilateral había sido una de las fronteras de la Cirugía Mayor Ambulatoria, y también una de las causas de “fallos de CMA” e ingresos no planificados. Esto era debido, en la época de la hernioplastia por vía abierta, tanto al control del dolor postoperatorio como a la

necesidad de anestesia raquídea prolongada y sus consiguientes efectos secundarios (en especial retenciones de orina).

Poco a poco empiezan a aparecer trabajos en los que se plantea la posibilidad tanto de realizar la cirugía en un solo tiempo como de ambulatorizar el procedimiento de la hernioplastia inguinal bilateral. Así, en el año 2002, Dakkuri et al publicaron su artículo “¿Se deben reparar las hernias bilaterales en una sola operación?”<sup>2</sup> en el que concluían que con los principios de la reparación sin tensión los resultados eran similares a los de las hernias unilaterales y se lograba una reducción en los costes al hacerlo en un solo tiempo. En nuestro país, Torralba et al publicaron en 2003 un artículo que ya aventuraba el futuro, titulado “¿Es adecuado incluir el tratamiento convencional y laparoscópico de la hernia inguinal bilateral en un programa de cirugía mayor ambulatoria sin ingreso?”<sup>3</sup> mostrando un índice de sustitución en cirugía abierta del 52,9% y del 90,1% en abordaje laparoscópico (TEP).

A principios del 2023 Guillaumes et al han publicado una exhaustiva revisión: “Reparación ambulatoria de la hernia inguinal en España: estudio de base poblacional de 1.163.039 pacientes - factores clínicos y socioeconómicos asociados con la opción de cirugía ambulatoria”<sup>4</sup>. Recogen que el índice de sustitución general en hospitales públicos en España ha pasado del 30,7% en 2004 al 63,4% en 2019 (23,8% para el caso de la hernia inguinal bilateral) y en Andalucía concretamente del 64,1%. Del análisis de los factores describen aquellos que favorecen la ambulatorización de las hernias destacando: procedimientos realizados en un hospital público, reparación unilateral, hernias primarias, edad <65 años, cirugía abierta y sexo femenino.

## CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña  
Hospital el Tomillar  
41500 Alcalá de Guadaíra, Sevilla  
[jproldan@aecirujanos.es](mailto:jproldan@aecirujanos.es)

XREF

## CITA ESTE TRABAJO

Roldán Aviña JP, Jurado Jiménez R, Pérez de la Fuente MJ, del Álamo Juzgado C, Gallardo García PA, Briceño Agüero V, Muñoz Bayo I, Gómez Bujedo L. Tratamiento de la hernia inguinal bilateral: Cómo hemos cambiado. Cir Andal. 2024;35(2):84-87. DOI: 10.37351/2024352.3

## ¿ABIERTA O LAPAROSCÓPICA?

Una vez que quedó clara la factibilidad del tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal bilateral en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, el debate científico se trasladó a ver qué técnica ofrecía más ventajas si la vía abierta o la laparoscópica. Feliu et al publicaron en 2011 "Reparación de la hernia inguinal bilateral: ¿abordaje laparoscópico o abierto?"<sup>5</sup>, comparando los resultados de 128 pacientes intervenidos a lo largo de 3 años bien mediante Lichtenstein o mediante TEP con similares o incluso mejores resultados para el abordaje laparoscópico. Por aquellos años ya existían publicaciones más específicas sobre técnicas mínimamente invasivas y en una de ellas Massazo et al en 2016 publicaron "Evaluación temprana de la reparación de la hernia inguinal bilateral: una comparación entre los abordajes extraperitoneal total laparoscópico y Stoppa"<sup>6</sup> con 50 pacientes intervenidos durante 5 meses, concluyendo que a pesar del mayor tiempo operatorio, los resultados del TEP parecían mejores que los de Stoppa.

Sin embargo, la mayoría de las publicaciones eran series retrospectivas o trabajos prospectivos con un bajo número de casos o un seguimiento corto. Finalmente, en 2020 Elmessiry y Gebaly publicaron "Reparación laparoscópica versus abierta con malla de la hernia inguinal primaria bilateral: un ensayo controlado aleatorizado de tres brazos"<sup>7</sup> sobre un total de 180 pacientes a lo largo de un período de 3 años, comparando Lichtenstein, Stoppa y TAPP con resultados muy superiores para el abordaje laparoscópico en cuanto a un mejor postoperatorio precoz, menos dolor crónico y una mayor tasa de satisfacción de los pacientes.

En cuanto a artículos de revisión, Burton y Pérez publicaron en 2021 "Comparación de la reparación de la inguinal abierta y laparoscópica"<sup>8</sup> donde por fin se plantea un algoritmo a la hora de decidir qué técnica sería la ideal atendiendo a diversos parámetros (primaria/recidivada, sexo, lateralidad) En el caso de la hernia inguinal bilateral recomienda el abordaje TEP/TAPP. Dos años antes la Sociedad Europea de la Hernia publicó una Guía con sus recomendaciones y, en el caso de la hernia inguinal bilateral, se aboga por una intervención por laparoscopia realizada por un cirujano experto que cuente con recursos suficientes<sup>9</sup>.

## TÉCNICA ANESTÉSICA

Volvemos a remontarnos a finales de los años noventa para encontrar la publicación de Amid et al "Reparación simultánea bajo anestesia local de hernias inguinales bilaterales"<sup>10</sup> con una revisión a lo largo de 24 años sobre 2953 pacientes (incluyendo técnicas de reparación anatómica en una primera época y posteriormente técnicas protésicas sin tensión) con el que se lograban elevados índices de ambulatorización. En el mismo sentido Kark publicó en 2005 "Reparación simultánea de hernias inguinales bilaterales con anestesia local: una revisión de 199 casos con un seguimiento de cinco años"<sup>11</sup> abogando por la anestesia local con sedación para el tratamiento de estos pacientes, ante los excelentes resultados que presentaba. En la misma revista y en el mismo número Gilbert recuerda que se pueden mantener resultados con un índice de sustitución por encima del 90% independientemente del tipo de anestesia usada, y sobre todo aprovechando la anestesia raquídea para aquellos pacientes no susceptibles de ser intervenidos bajo anestesia local<sup>12</sup>.

En el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal bilateral la técnica anestésica habitualmente empleada es la anestesia general. Sin embargo, en el año 2003 Cartagena et al publicaron "Anestesia regional en el tratamiento ambulatorio de hernias bilaterales mediante laparoscopia totalmente extraperitoneal"<sup>13</sup> en el mostraban la factibilidad de realizar TEP bajo anestesia espinal en 30 pacientes intervenidos. Esta posibilidad quedaría como una alternativa para aquellos pacientes a los que no se le pueda someter a una anestesia general.

## CORRELACIÓN ENTRE TIPOS DE HERNIA. CONCURRENCIA DE LA BILATERALIDAD.

Burcharth et al publicaron en 2015 su artículo "Los subtipos de hernia inguinal están asociados en pacientes con hernias bilaterales: un estudio epidemiológico nacional de 14 años"<sup>14</sup> en el que todos los subtipos de hernia se asociaron bilateralmente en ambos sexos. En los hombres, la hernia inguinal directa produjo el riesgo más alto de operación de hernia inguinal bilateral, mientras que la hernia inguinal indirecta produjo el riesgo más alto de operación de hernia inguinal bilateral en las mujeres. Teniendo en cuenta esta correlación podríamos disponer de una evidencia que ayude a la exploración del lado contralateral en determinados casos como veremos a continuación.

Aunque lo habitual es que todos los pacientes lleguen al quirófano con un diagnóstico claro de hernia inguinal bilateral (hernia confirmada), no siempre ocurre así. En ocasiones existe la sospecha expresada clínicamente en la exploración física describiendo una debilidad en la región inguinal sin palpase claramente saco o defecto herniario. A este respecto Alarcón y Cañete en 2013 publicaron un artículo en que se destacan las ventajas que aporta el abordaje laparoscópico (TAPP/TEP) a la hora de establecer la existencia de uni/bilateralidad de la hernia en la confirmación diagnóstica de las hernias ocultas o incipientes y a la hora de establecer recomendaciones claras respecto al tratamiento que debemos realizar (operar las hernias ocultas no alarga el tiempo operatorio en exceso ni aumenta la morbilidad, con claros beneficios para el paciente al que se le debe haber informado con anterioridad de esta posibilidad)<sup>15</sup>. La recomendación de la Guía de la Sociedad Europea de la Hernia es la de revisar el lado contralateral si se está realizando TAPP (no así si es un TEP) y si se encuentra una hernia, repararla<sup>9</sup>. No se recomienda en ningún caso la reparación profiláctica en aquellos pacientes en los que no se aprecia hernia porque la morbilidad asociada no compensa las posibles ventajas.

## DISMINUYENDO EL DOLOR POSTOPERATORIO

La analgesia multimodal, independientemente del tipo de anestesia utilizada durante el procedimiento, forma parte del éxito de los procedimientos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. Aún así surge la pregunta: ¿podemos hacer algo más para que nuestros pacientes tengan menos dolor?

Suárez et al publicaron en 2015 su artículo "Experiencia inicial en la reparación laparoscopia (TEP) de la hernia inguinal bilateral con una nueva malla anatómica de poro grande y baja peso (Dynamesh Endolap) en corta estancia (6 meses de seguimiento)"<sup>16</sup> donde concluyen que la combinación de abordaje laparoscópico,

la utilización de mallas macroporosas de bajo peso molecular y la fijación atraumática son una buena opción para favorecer una mayor tasa de éxitos en la ambulatorización de la hernia inguinal bilateral.

### ¿CÓMO HEMOS CAMBIADO?

En la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital El Tomillar perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla se han intervenido entre enero de 2013 y diciembre de 2022 un total de 286 pacientes con el diagnóstico postoperatorio de hernia inguinal bilateral. La estadística básica está recogida en la **tabla 1**.

Analizando los datos anteriores vemos cómo ha sido la evolución a lo largo de la última década.

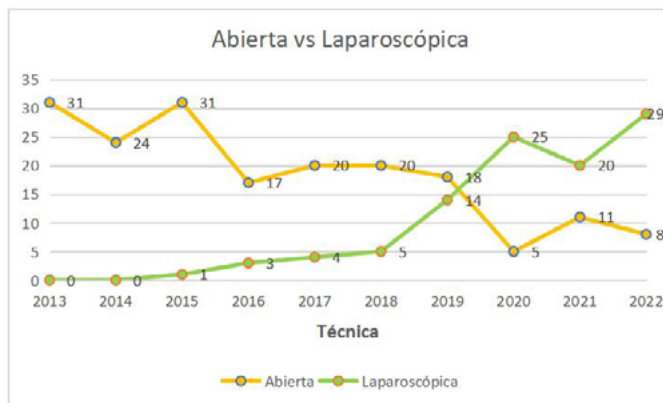
Tabla 1.	
Sexo -Hombre 265 -Mujer 21	Abierta -Rutkow-Robbins 100 -Lichtenstein 79 -Otras 6
Edad -Media 55,85 años -Rango 22-89	Laparoscopia -TEP 98 -TAPP 3
Riesgo anestésico -ASA I 68 -ASA II 187 -ASA III 93	Duración media -Global 75,80 (35-165 min) -Abierta 71,81 (35-165 min) -Laparoscopia 83,11 (40-150 min)
IMC -Media 26,29 -Rango 17,63-38,37	Recidiva -Global 276/286 (3,50%) -Abierta 180/5 (2,70%) -Laparoscopia 96/5 (4,95%)
Técnica -Abierta 185 -Laparoscópica 101	

En primer lugar, se aprecia que progresivamente el abordaje laparoscópico va sustituyendo a la cirugía abierta como técnica de elección para el tratamiento de las HIB como se ve en la **Figura 1**.

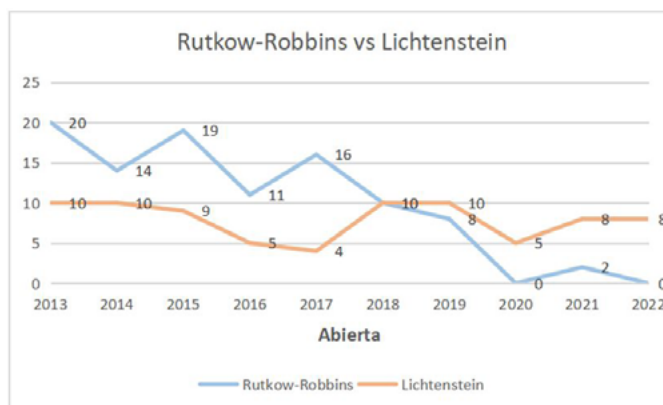
El otro cambio que se puede apreciar a lo largo del tiempo es como dentro de las técnicas abiertas la hernioplastia tipo malla-tapón de Rutkow-Robbins se está sustituyendo por la hernioplastia de Lichtenstein tal y como recomienda la Guía de la Sociedad Europea de la Hernia. (**Figura 2**)

Respecto al análisis de los fallos de CMA no se ha encontrado ninguna relación con ninguna de las variables revisadas. Al principio de la serie laparoscópica los pacientes se quedaron ingresados una noche por protocolo. Tampoco se ha encontrado ninguna relación entre la recidiva y las variables recogidas.

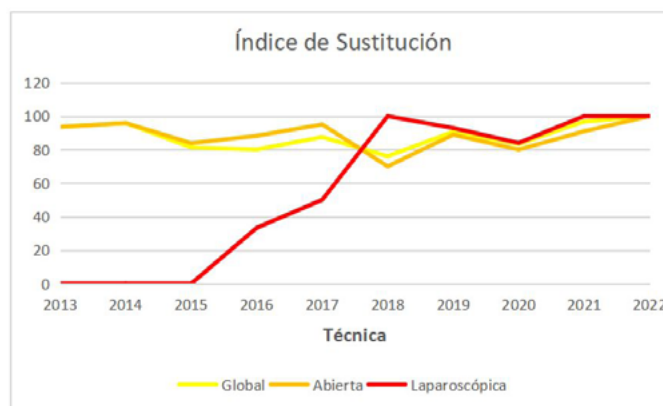
En la **Figura 3** queda representado el índice de sustitución pudiéndose comprobar que una vez afianzada la técnica laparoscópica los resultados igualan e incluso mejoran a los de la cirugía abierta.



**Figura 1**  
Comparación cirugía abierta vs laparoscópica.



**Figura 2**  
Comparación técnicas abiertas la hernioplastia tipo malla-tapón de Rutkow-Robbins se está sustituyendo por la hernioplastia de Lichtenstein.



**Figura 3**  
Representación del índice de sustitución.

### CONCLUSIONES

El tratamiento de la hernia inguinal bilateral sigue suponiendo un desafío para las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, en particular para aquéllas que no cuentan con la posibilidad de pernoctación. Aceptando el reto creemos que de forma definitiva la ambulatorización de los pacientes tratados de hernia inguinal

bilateral debe ser incluida en la Cartera de Servicios que se ofertan en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, puesto que son numerosos los beneficios que la cirugía sin ingreso aporta tanto a los pacientes como al propio Sistema Sanitario.

En nuestra experiencia los factores que favorecerían el aumento en los índices de sustitución para la hernia inguinal bilateral serían:

- Adecuada selección de pacientes tanto desde el punto de vista quirúrgico (tamaño de la hernia), (comorbilidades) y social (apoyo socio-familiar en el postoperatorio)...
- Adecuada información preoperatoria, con explicación detallada del circuito que seguirá el paciente. Prehabilitación en el caso de que se considere necesario (pérdida de peso, abandono del tabaquismo,).
- Aprovechar al máximo las UCMA tipo III con posibilidad de pernocta (como es nuestro caso). Consideramos que esta estructura permite ampliar las indicaciones de pacientes para operarse en ella.
- Acuerdos y protocolos conjuntos con Anestesiología y Enfermería que favorezcan la analgesia multimodal desde el período intraoperatorio, con particular interés en el uso de la infiltración de las heridas con anestésicos locales.
- Implementación, desarrollo y empleo sistemático del abordaje laparoscópico en aquellos pacientes que no tengan contraindicaciones para una anestesia general. Introducción de las mejoras de las prótesis avaladas por la comunidad científica.
- Desarrollo de protocolos y árboles de decisión en cada Unidad para favorecer esta sistemática de trabajo. Auditorías internas periódicas de los resultados de la Unidad para detectar áreas de mejora.
- Adecuada analgesia postoperatoria (individualizada), con información de calidad al alta y vías de contacto accesibles.
- Soporte y comunicación adecuados tanto desde el Centro de Referencia (ante una posible complicación), como desde la estructura de Atención Primaria que va a recibir al paciente en el postoperatorio inmediato.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Marín Morales, fundador de la UCMA del Hospital el Tomillar, como reconocimiento a sus muchos años de trabajo y dedicación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Roldán JP, F-Zulueta A, Gallardo A, G-Bujedo L, Marrero S, Marín J. Resultados de la cirugía ambulatoria de la hernia inguinal bilateral. Comunicación oral. III Congreso de la Sociedad Española Cirugía Mayor Ambulatoria. Zaragoza, 1-3 de septiembre de 1997.

2. Dakkuri RA; Ludwig DJ, Traverso LW. Should bilateral inguinal hernias be repaired during one operation? *Am J Surg* 2002; 183: 554-557.
3. Torralba JA, Moreno A, Lirón R, Miguel J, Alarte JM, Martín JG et al. ¿Es adecuado incluir el tratamiento convencional y laparoscópico de la hernia inguinal bilateral en un programa de cirugía mayor ambulatoria sin ingreso? *Cir Esp* 2003; 73(6): 342-346.
4. Guillaumes S, Hidalgo NJ, Bachero I, Juvany M. Outpatient inguinal hernia repair in Spain: a population based study of 1,163,039 patients-clinical and socioeconomic factors associated with the choice of day surgery. *UPIS* 2023; 75: 65-75.
5. Feliu X, Clavería R, Besora P, Camps J, Fernández-Sallent E, Viñas X et al. Bilateral inguinal hernia repair: laparoscopic or open approach? *Hernia* 2011; 15: 15-18.
6. Massazo E, Bastos SH, Yassushi E, Yoo JH, Santos J, Zuardia A et al. Early assessment of bilateral inguinal repair: a comparison between the laparoscopic total extraperitoneal and Stoppa approaches. *J Minimal Acc Surg* 2016; 12(3): 271-277.
7. Elmessiry MM, Gebaly AA. Laparoscopic versus open mesh repair of bilateral primary inguinal hernia: A three-armed Randomized controlled trial. *Ann Med Surg* 2020; 59: 145-150.
8. Burton V, Pérez AJ. Comparison of open and laparoscopic inguinal hernia repair. *Mini-invasive Surg* 2021; 5: 26.
9. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018; 22: 1-165.
10. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias under local anesthesia. *Ann Surg* 1996; 223(3): 249-252.
11. Kark AE, Belsham PA, Kurzer MN. Simultaneous repair of bilateral groin hernias using local anaesthesia: a review of 199 cases with five-year follow-up. *Hernia* 2005; 9: 131-133.
12. Gilbert AI. Letter to the editor. *Hernia* 2005; 9: 401.
13. Cartagena J, Vicente JP, Moreno A, Sánchez MT, Aguayo JL, Sanz J. Regional anaesthesia in the outpatient treatment of bilateral inguinal hernias using totally extraperitoneal laparoscopy. *Ambul Surg* 2003, 10: 55-59.
14. Burcharth J, Andressen K, Pommergaard HC, Rosenberg J. Groin hernia subtypes are associated in patients with bilateral hernias: a 14-year nationwide epidemiologic study. *Surg Endosc* 2015; 29: 2019-2026.
15. Alarcón I, Cañete J. Cirugía bilateral en las hernias inguinales. *Cir Andal* 2013; 24: 260-263.
16. Suárez JM, Alarcón I, Bellido JA, Gómez J, Guadalajara FJ, Docobo F. Initial experience in laparoscopic bilateral inguinal hernia repair (TEP) with new anatomical mesh with large pore and low weight (Dynamesh Endolap) in short stay (6 months follow-up). *Ambulat Surg* 2015; 21(2): 89-91.